Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

34 333

Wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Wet financiering sociale verzekeringen in verband met grensoverschrijdende zorg

Nr. 7

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 31 maart 2016

Inhoudsopgave **blz.**

Introductie			**2**
Leeswijzer			**2**
Algemeen			**3**
1.	*Inleiding*		*3*
	1.1.	Evaluatie beperking werelddekking Zvw	3
	1.2.	Voldoende voorbereidingstijd verzekeraars	3
	1.3.	Nadere toelichting wetsvoorstel	4
2.	*Beperken dekking Zvw tot Europa*		*4*
	2.1.	Uitzondering voor werkenden	4
	2.2.	Verblijf buiten Europa in verband met studie, opleiding, stage of vrijwilligerswerk	5
	2.3.	Uitzondering in verband met zorgplicht	5
	2.4.	Fraudeaspecten	6
	2.5.	Dekking Zvw versus dekking op grond van bilaterale verdragen	7
	2.6.	Aanpassen van verdragen	8
	2.7.	Aanpassen van verdragen en besparingen	9
	2.8.	Balkanlanden en toetreding tot de EU	9
	2.9.	EU-Associatieovereenkomsten	10
	2.10.	Kwantitatieve gegevens	10
	2.11.	De onderbouwing van de beoogde besparing	11
	2.12.	Acceptatieplicht vervangende verzekeringen en positie chronisch zieken	12
	2.13.	Zorgkosten chronisch zieken buiten Europa	13
	2.14.	Palliatieve zorg	14
	2.15.	Vervangende verzekeringen	14
	2.16.	Risico's op onderverzekering	15
	2.17.	Voorlichting	16
	2.18.	Inkomensafhankelijke premies	16
	2.19.	Gevolgen voor de basispremie	17
	2.20.	De BES	17
3.	*Nationaal contactpunt (ncp)*		*18*
	3.1.	Vindbaarheid informatie ncp	18
	3.2.	Ministeriële regeling	18

kst-34333-7
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2016

4.	*Bijdrage in het buitenland wonende verdragsgerechtigden*	*19*
4.1.	Recht op zorg bij wonen in niet-verdragsland	19
4.2.	Vereenvoudiging inning verdragsbijdrage	19
5.	*Administratieve maatregelen en toezicht organen woon- en verblijfplaats*	*19*
5.1.	Wijzigingen in de situatie van verdragsgerechtigden	19
5.2.	Controle en toezicht	20
6.	*Informatieverstrekking grensoverschrijdende zorg*	*20*
7.	*Uitvoerbaarheid*	*21*
7.1.	Dekking vervangende verzekeringen	21
7.2.	Dekking door de reisverzekering	21
7.3.	Toegankelijkheid vervangende verzekeringen	22
7.4.	Overzichtelijkheid aanbod vervangende verzekeringen	23
7.5.	Premieaspecten vervangende verzekeringen	23
7.6.	Uitvoeringstoetsen	24
8.	*Voorlichting, informatieverstrekking en het NCP*	*24*
8.1.	Voorlichting aan verzekerden	24
8.2.	Aanpassing van verdragen	25
9.	*Financiële paragraaf*	*25*
9.1.	De onderbouwing van de beoogde besparing	25
9.2.	Uitvoeringskosten	26
10.	*Gevolgen voor regeldruk en overige bedrijfseffecten*	*26*
Artikelsgewijs		**27**

Introductie

Met belangstelling heeft de regering kennis genomen van het verslag naar aanleiding van het voorstel van wet tot Wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Wet financiering sociale verzekeringen in verband met grensoverschrijdende zorg. De regering constateert zowel steun voor het voorstel als bezorgdheid voor de consequenties ervan als het gaat om de beperking van de werelddekking. Een gedeelde zorg betreft de positie van chronisch zieken. Daarnaast zijn er vragen over de haalbaarheid van de geschatte besparingsopbrengst van € 60 miljoen per jaar, de uitvoerbaarheid en de wijze waarop verzekeraars hun polissen zullen vormgeven.
De regering is zich ervan bewust dat als gevolg van het wetsvoorstel een nieuwe situatie ontstaat die zich in de praktijk nog moet uitkristalliseren. De regering is echter van mening dat beperking van de werelddekking tot Europa nodig is voor een houdbare zorgverzekering. De zorgverzekering moet voorzien in (vergoeding van) zorg die vanuit het solidariteitsbeginsel ten laste van de gemeenschap behoort te komen. Deze middelen voor de financiering van medische zorg dienen primair te worden aangewend voor zorgverlening in Nederland en, gelet op de interne markt, binnen Europa. Voor een vakantie of verblijf buiten Europa kunnen mensen zich apart verzekeren. De regering gaat ervan uit de verzekeringsbranche adequate alternatieve verzekeringen in de markt zet.

Leeswijzer

De regering houdt hieronder de volgorde van de hoofdstukken van het verslag aan. Verschillende fracties hebben over een aantal onderwerpen vergelijkbare vragen gesteld. In verband met de leesbaarheid en de omvang van deze nota naar aanleiding van het verslag heeft de regering ervoor gekozen de beantwoording van gelijksoortige vragen binnen de hoofdstukken geclusterd vorm te geven en daarbij rekening te houden met de nuances in de gestelde vragen. Waar dezelfde vragen in een volgend hoofdstuk terugkomen wordt verwezen naar de beantwoording in een eerder hoofdstuk.

ALGEMEEN

1. Inleiding

1.1. Evaluatie beperking werelddekking in de Zorgverzekeringswet (Zvw)

De leden van de D66-fractie vragen of de regering bereid is de beperking van de werelddekking in de Zvw na twee jaar te evalueren om te zien of de beoogde besparing behaald wordt en de wenselijkheid van de maatregel te beoordelen.

De regering is bereid om de beperking in de werelddekking in de Zvw te evalueren. Een periode van twee jaar acht de regering echter te kort. Om de effecten van dit wetsvoorstel in de praktijk te kunnen beoordelen dient een termijn van ten minste vijf jaar te worden aangehouden. Dit is ook een algemeen gangbare termijn voor het evalueren van wetten. Bij de mogelijkheid om de besparing te evalueren dient een kanttekening te worden geplaatst, omdat niet van alle zorgverzekeraars gedetailleerde gegevens over de kosten beschikbaar zijn. Zorgverzekeraars houden de kosten van grensoverschrijdende zorg niet met dezelfde specificaties bij. Gegevens per land zijn bijvoorbeeld vaak niet beschikbaar. De ingeschatte besparing van € 60 miljoen is afgeleid van gegevens op macroniveau en van beschikbare gegevens van enkele zorgverzekeraars (voor een verdere toelichting daarop wordt verwezen naar paragraaf 2.11). In samenwerking met het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) wordt nagegaan of meer gedetailleerde kostengegevens over de komende jaren beschikbaar kunnen komen. Echter, zelfs als dit in de toekomst mogelijk blijkt, zullen die gegevens niet goed kunnen worden afgezet tegen de minder gedetailleerde gegevens over de huidige situatie.

1.2. Voldoende voorbereidingstijd voor verzekeraars

De leden van de D66-fractie en de leden van de PvdA-fractie (in het hoofdstuk «Beperken dekking Zvw tot Europa») vragen of de regering bereid is verzekeraars voldoende tijd te geven (minimaal zes maanden tussen het goedkeuren door de Eerste Kamer en de inwerkingtreding van de wet) om zich voor te bereiden en goed te kunnen voorlichten. De leden van de D66-fractie vinden het wenselijk dat het wetsvoorstel per 1 januari van een kalenderjaar in werking treedt.

Het wetsvoorstel voorziet in een variabele inwerkingtreding. De diverse onderdelen van het voorstel kunnen op verschillende momenten ingaan op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip. De regering deelt de wens van de D66-fractie om het onderdeel van het wetsvoorstel dat de beperking van de werelddekking regelt, per 1 januari van een nieuw kalenderjaar in werking te laten treden. Andere onderdelen van het wetsvoorstel, zoals de wettelijke verankering van het nationaal contactpunt, kunnen op een ander moment in werking treden. In verband met de noodzakelijke voorbereidingen die gepaard gaan met de beperking van de werelddekking (voorlichting aan verzekerden, aanpassing polissen, ontwikkelen nieuwe verzekeringsproducten) heeft Zorgverzekeraars Nederland (hierna: ZN) kenbaar gemaakt dat verzekeraars minimaal een half jaar nodig hebben om in te spelen op de gevolgen van dit wetsvoorstel. Daarom moet uiterlijk medio juni van een lopend kalenderjaar duidelijk zijn of de wet ingaat op 1 januari van het daaropvolgende kalenderjaar. De regering houdt rekening met dit verzoek. Indien de Eerste Kamer voor 1 juli instemt met het wetsvoorstel, worden de zorgverzekeraars daarover geïnformeerd en kan het wetsvoorstel met ingang van het volgende kalenderjaar in werking treden. Indien de Eerste Kamer het

wetsvoorstel na medio juni aanvaardt schuift de inwerkingtredingsdatum een jaar door.

1.3. Nadere toelichting op het wetsvoorstel

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen nadere toelichting op de wenselijkheid van dit wetsvoorstel en willen weten of er zorginhoudelijke argumenten aan ten grondslag liggen.

Het wetsvoorstel voorziet in het stellen van verschillende regels met betrekking tot grensoverschrijdende zorg. Het regelt de beperking van de dekking van de zorgverzekering tot Europa, de instelling van een nationaal contactpunt (hierna: ncp) en enkele voorzieningen die van belang zijn voor een efficiënte uitvoering van en toezicht op de zorgverzekering in grensoverschrijdende situaties.
Met betrekking tot de geografische beperking van de dekking van de Zvw wordt vermeld dat deze wijziging past bij een stringent beheer van het verzekerde pakket en daarmee bij de noodzaak de kostenontwikkeling van zorg in de hand te houden. Hiermee wordt een bijdrage geleverd aan het borgen van de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van het Nederlandse zorgstelsel. Deze afbakening van wat ten laste van de gemeenschap komt, geeft ook een nadere invulling aan het solidariteitsbeginsel. De beperking van de werelddekking is in lijn met enkele andere beperkingen in de sociale zekerheid (stoppen export kinderbijslag en woonlandbeginsel in diverse sociale zekerheidsuitkeringen). Gelet op de interne markt strekt de zorgverzekering zich uit tot het grondgebied van Europa. Voor een vakantie of verblijf buiten Europa kunnen verzekerden een aparte verzekering afsluiten.
Met de instelling van het ncp wordt de Patiëntenrichtlijn[1] geïmplementeerd. Het ncp verstrekt patiënten informatie over hun rechten wanneer zij gebruikmaken van grensoverschrijdende zorg. Een goede voorlichting aan patiënten over grensoverschrijdende zorg acht de regering van belang. De overige onderdelen uit het wetsvoorstel zijn overwegend technisch van aard en dragen bij aan een effectievere uitvoering van de Europese regelgeving op het terrein van grensoverschrijdende zorg.

2. Beperken dekking Zvw tot Europa

2.1. Uitzondering voor werkenden

De leden van de VVD-, de SP- en CDA-fracties hebben vragen gesteld over de uitzondering in het wetsvoorstel voor werkenden. De leden van de SP-fractie vragen waarom hiervoor gekozen is, wat het bedrag is dat voor rekening van de premiebetaler komt en of werkgevers de kosten niet moeten dragen. De leden van de VVD- en CDA-fracties vragen op welke manier werknemers en zelfstandig ondernemers (ook als zij in het buitenland zijn zonder opdracht van klant of opdrachtgever) kunnen aantonen dat zij voor hun werk in het buitenland zijn.

De regering heeft in het wetsvoorstel een uitzondering opgenomen voor verzekerden die voor de uitoefening van hun werk buiten Europa verblijven. De uitzondering is bedoeld om werkgevers niet in een positie te brengen dat zij naast de volledige inkomensafhankelijke premie van een zorgverzekering[2] ook moeten bijdragen aan een verzekering die de

[1] Richtlijn 2011/24/EU betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (2011/24/EU).
[2] Het gaat hier om werkenden die bij wonen of verblijf van langer dan drie maanden in het buitenland toch onder de Nederlandse sociale verzekeringswetgeving verzekerd blijven en daarmee ook verzekeringsplichtig blijven voor de Zvw.

dekking van de zorgverzekering vervangt. Wanneer het gaat om een langer durend verblijf maken deze verzekerden namelijk kosten voor elke situatie die medisch ingrijpen vergt, niet alleen voor spoedhulp. Dat is vooral van belang bij detacheringen voor langere tijd, bij diplomatiek personeel en bij personeel in publiekrechtelijke dienstbetrekking, zoals defensiepersoneel. Het kan ook uitgezonden zelfstandigen betreffen die in Nederland verzekerd blijven. Ook zij betalen de inkomensafhankelijke premie.

De regering erkent dat de uitzondering gecompliceerd kan zijn voor zorgverzekeraars en verzekerden. Met name voor zelfstandige ondernemers kan het problematisch zijn aan te tonen dat de reden van het verblijf in het buitenland gelegen is in werkzaamheden voor beroep of bedrijf. Dit geldt nog meer wanneer betrokkene in het buitenland verblijft zonder daartoe strekkende opdracht van een opdrachtgever. De regering is zich ervan bewust dat dit aspect van het wetsvoorstel oneigenlijk gebruik in de hand kan werken en zal daarom bij nota van wijziging een delegatiegrondslag opnemen voor het stellen van nadere regels bij ministeriële regeling. Zo kunnen bijvoorbeeld eisen worden gesteld aan de minimale duur van de werkzaamheden, of het vooraf melden bij de zorgverzekeraar dat men een bepaalde periode buiten Europa verblijft. Daarmee wordt de uitzondering beperkt en wordt recht gedaan aan de oorspronkelijke bedoeling daarvan.

De regering kan geen schatting geven van de kosten voor de premiebetaler. Het bedrag is niet alleen afhankelijk van de omvang de groep, maar ook van de mate waarin deze groep gebruik maakt van zorg. Hierover zijn geen gegevens beschikbaar.

2.2. Verblijf buiten Europa in verband met studie, opleiding, stage of vrijwilligerswerk

De leden van de fracties van de VVD, het CDA en D66 vragen hoe de regering omgaat met mensen die tijdelijk buiten Europa verblijven vanwege studie, opleiding, stage of vrijwilligerswerk.

Personen die wegens studie, opleiding, stage of vrijwilligerswerk buiten Europa verblijven doen dat niet in verband met het verrichten van werkzaamheden in het kader van de uitoefening van een bedrijf of beroep. Zij vallen dus niet onder de uitzonderingen op de hoofdregel van de beperking van de zorgverzekering tot Europa. Zij moeten voor een vervangende dekking zorgen.

2.3. Uitzondering in verband met zorgplicht

De leden van de SP-fractie hebben enkele vragen gesteld over de redelijke termijn die geldt voor de uitzondering op de beperking van de dekking tot Europa. De leden van de D66-fractie vragen de regering om een visie op mogelijke discussies tussen zorgverzekeraar en verzekerde over de kwaliteit van de zorg binnen en buiten Europa, waarbij zij suggereren dat kwaliteit leidend moet zijn.

Gelet op hun zorgplicht uit hoofde van de Zvw zijn zorgverzekeraars gehouden hun naturaverzekerden binnen een redelijke termijn de benodigde zorg te bieden.[3] Op grond van dit wetsvoorstel kunnen zowel naturaverzekerden als restitutieverzekerden uitwijken naar een land buiten Europa indien de zorg niet binnen een redelijke termijn in Europa

---

[3] De zorgverzekeraar moet een restitutieverzekerde prompte vergoeding bieden van de kosten en desgewenst bemiddeling naar een zorgaanbieder.

beschikbaar is. De lengte van de redelijke termijn of de wachtlijst is niet in absolute zin te bepalen. Het hangt af van de omstandigheden van het geval, zoals de vorm van de zorg, de gezondheid van de patiënt en het te verwachten verloop daarvan. Van belang zijn de normen die binnen de betreffende beroepsgroep van zorgaanbieders gelden. Voor sommige vormen van zorg hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars normen afgesproken (de zogenaamde Treeknormen). Verder houdt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) toezicht op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars. In het Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars van de NZa is nader uitgewerkt wanneer voldaan is aan tijdige levering van zorg.

In antwoord op de vraag van de D66-fractie vermeldt de regering dat de kwaliteit van zorg inderdaad een relevante factor is.
De kwaliteit van zorg is een verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder van de verzekerde. Daarnaast letten zorgverzekeraars op de kwaliteit. De zorgplicht brengt een actieve rol voor zorgverzekeraars mee bij het contracteren van zorgaanbieders of het bemiddelen in zorgverlening aan verzekerden. Deze rol houdt in dat zorgverzekeraars zich ervan vergewissen dat de kwaliteit van de zorg goed is en afgestemd is op de reële zorgbehoefte van de verzekerde. Verder worden inhoud en omvang van de verzekerde prestaties mede bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk dan wel door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg. Zorgverzekeraars zullen er dus op toezien dat de geboden zorg ook wat kwaliteit betreft past in de dekking van de polis. Het wetsvoorstel brengt geen wijziging aan in de verantwoordelijkheidsverdeling of de rol van verzekeraars.
Als de zorg die de verzekerde nodig heeft in Europa niet binnen een redelijke termijn wordt aangeboden en van goede kwaliteit is, kan betrokkene voor deze zorg uitwijken naar een land buiten Europa. Een verzekerde zal ofwel zelf het initiatief nemen om naar het buitenland te gaan voor zorg of naar aanleiding van een verwijzing van zijn zorgaanbieder. De verzekerde zal hierover ook contact hebben met zijn zorgverzekeraar. De verzekerde zal dit aannemelijk moeten maken. Het is aan de zorgverzekeraar om te bepalen of deze zorg voor vergoeding in aanmerking komt. Naar verwachting zal het alleen in uitzonderingssituaties voorkomen dat er binnen Europa geen passend aanbod is. Als zorgverzekeraars meer willen weten over de kwaliteit van een Europese zorgaanbieder kunnen zij zich wenden tot de nationaal contactpunten in de andere EU-lidstaten, die op grond van de Patiëntenrichtlijn in alle EU-lidstaten zijn opgericht. Deze nationale contactpunten dienen onder meer informatie te geven over zorgaanbieders in hun land en over de van toepassing zijnde kwaliteits- en veiligheidsnormen.

2.4. Fraudeaspecten

De leden van de CDA-fractie vragen in hoeverre de regering de uitzonderingen heeft getoetst op fout- en fraudegevoeligheid en uitvoerbaarheid. De leden van de D66-fractie vragen of de regering problemen met de uitvoering en mogelijke fraude voorziet en hoe onterechte declaraties kunnen worden voorkomen.

In de uitvoeringstoets heeft ZN aangegeven dat verzekeraars in hun verzekerdenadministratie of bij de verwerking van declaraties niet kunnen zien of de nota in verband met ontvangen zorg buiten Europa voorvloeit uit detachering of uit verblijf wegens vakantie. ZN gaf daarom vanuit uitvoeringsperspectief de voorkeur aan het schrappen van de uitzondering. Het schrappen van de uitzondering leidt er echter toe dat werkgevers voor hun in het buitenland werkzame werknemers naast de inkomensafhankelijke Zvw-premie ook de kosten voor een volledige vervangende verzekering moeten dragen. Datzelfde geldt voor naar het

buitenland gedetacheerde ondernemers. Dat vindt de regering niet wenselijk. Daarom is ingestemd met de door ZN geformuleerde alternatieve handelwijze, dat wil zeggen het afwijzen van de nota tenzij de verzekerde aannemelijk kan maken dat hij onder de uitzonderingsgrond valt.

De regering erkent dat het risico zich voordoet dat verzekerden een verzoek indienen voor vergoeding van buiten Europa ontvangen zorg, terwijl zij niet hoofdzakelijk vanwege hun werk in het buitenland verbleven. De regering zal bij nota van wijziging een delegatiegrondslag opnemen voor het stellen van nadere regels bij ministeriële regeling. Zo kunnen eisen worden gesteld aan de minimale duur van de werkzaamheden, of het vooraf melden bij de zorgverzekeraar dat men een bepaalde periode buiten Europa verblijft. De regering wil hiermee de uitvoeringsproblemen en frauderisico's beperken.

2.5. Dekking Zvw versus dekking op grond van bilaterale verdragen

De leden van de VVD- en de CDA-fracties vragen hoe de dekking uit de Zvw zich verhoudt tot de bilaterale verdragen. Kan iemand die voor zijn werk in een verdragsland verblijft zorgkosten verhalen op basis van de Zvw en op basis van het bilaterale verdrag? En hoe kan een verzekerde die keuze maken? Zij vragen of deze dubbele dekking is getoetst op fraude- en foutgevoeligheid. De leden van de VVD- en D66-fracties stellen daarnaast vragen over frauduleuze praktijksituaties en het tegengaan ervan.

Met de invoering van de Zvw in 2006 werd ook de werelddekking ingevoerd. Sindsdien hebben verzekerden de mogelijkheid om naar keuze zorg in een verdragsland in te roepen, ofwel op basis van de zorgverzekering, ofwel op grond van het verdrag. In het geval betrokkene zorg ten laste brengt van de zorgverzekering, moet hij of zij de rekening bij de zorgverzekeraar indienen. Vergoeding vindt plaats naar maximaal hetgeen in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten; daarbij wordt rekening gehouden met in Nederland gangbare tarieven. In het geval zorg wordt ingeroepen op grond van het verdrag gelden de voorwaarden en tarieven van het verdragsland. Een verzekerde kan zich van tevoren via zijn verzekeraar op de hoogte stellen van de vergoedingsmodaliteiten.
Voor de invoering van de Zvw was vergoeding van zorg buiten Europa alleen mogelijk in de verdragslanden op basis van het verdrag. Het in 2006 ontstane keuzerecht is niet op fraud- of foutgevoeligheid getoetst.

De kans op het met succes indienen van dubbele declaraties is gering. Er zijn twee routes bij declareren op grond van het verdrag:

1) De verzekerde overlegt een «verdragsformulier» aan de zorgaanbieder (hoofdroute). Betrokkene ontvangt zorg in natura en krijgt geen rekening, behalve voor eventuele volgens de wetgeving van het verblijfsland verschuldigde eigen bijdragen. Via het Zorginstituut worden de kosten doorbelast aan de verzekeraar. Door het ontbreken van een rekening ligt dubbele declaratie bij de zorgverzekeraar niet voor de hand.
2) Als betrokkene geen verdragsformulier heeft krijgt hijzelf een rekening van de buitenlandse zorgaanbieder. Bij het Zorginstituut kan niet worden geclaimd omdat er geen verdragsformulier is. Betrokkene kan de rekening achteraf indienen bij de zorgverzekeraar en verzoeken om vergoeding van de kosten op grond van het verdrag. Ook in dit geval lijkt de kans op dubbel declareren gering. Indien een zorgverzekeraar vermoedt dat een verzekerde een rekening twee keer indient, zal deze in de eigen administratie nagaan of er al restitutie heeft plaatsgevonden. In dat geval wordt de nota afgewezen.

ZN heeft laten weten dat over eventuele dubbele declaraties geen gegevens beschikbaar zijn. Overigens kan na aanpassing van de verdragen geen zorg meer worden gedeclareerd op basis van het verdrag.

2.6. Aanpassen van verdragen

De leden van de VVD-, SP- en CDA-fracties (in het hoofdstuk «Voorlichting, informatieverstrekking en het NCP) stellen vragen over de bilaterale verdragen. Deze fracties vragen op welke termijn de verdragen zullen zijn aangepast. De SP vraagt of de regering onderzoek heeft gedaan naar de met het aanpassen van verdragen gepaard gaande tijd en kosten. Zij vragen naar het realiteitsgehalte van het voornemen om de verdragen aan te passen en of de verdragslanden bereid zijn mee te werken, hoe de regering hen daartoe zal bewegen en of de regering bereid is de relaties met deze landen onder druk te zetten. De leden van de PVV-fractie vragen om een toelichting op de status van het verdrag met Marokko. Zij willen weten of de regering van plan is het verdrag op te zeggen.

Aanpassing van verdragen vergt doorgaans een aantal jaren. De termijn waarop alle verdragen zijn aangepast is mede afhankelijk van de medewerking van de verdragspartners en van de onderwerpen die wederzijds regeling behoeven. De gang van zaken met Marokko laat zien dat het proces van verdragsaanpassing moeizaam kan zijn en dat medewerking niet altijd gemakkelijk wordt verleend. Een inschatting van de met het aanpassen van verdragen gemoeide tijd of een gedetailleerd tijdpad kan dan ook niet worden gegeven. De regering wil zo veel mogelijk door middel van dialoog tot overeenstemming komen.

De bereidheid om mee te werken en het stadium van de onderhandelingen verschilt per land. Op 29 september 2015 heeft de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid de Tweede Kamer geïnformeerd dat Nederland en Marokko na intensieve onderhandelingen een politiek akkoord hadden bereikt over aanpassing van het bilaterale verdrag[4]. Uiteindelijk is dit akkoord niet omgezet in een wijzigingsprotocol, omdat Marokko met aanvullende eisen was gekomen die geen deel uitmaken van het in september 2015 gesloten akkoord. Nederland kon hieraan niet tegemoetkomen. Dit heeft ertoe geleid dat het parlement de goedkeuringswet voor de opzegging van het verdrag met Marokko in behandeling heeft genomen. Op 16 februari is deze goedkeuringswet door een meerderheid van de Eerste Kamer aangenomen. Nederland staat echter, zoals ook aangegeven tijdens de plenaire behandeling van de goedkeuringswet in de beide Kamers, nog steeds open voor het sluiten van een akkoord mits dat voor 1 juli 2016 gebeurt. Turkije heeft in inleidende besprekingen aangegeven het niet eens te zijn met de voorgestelde verdragsaanpassing voor de werelddekking. Met Turkije en met de overige verdragslanden zullen de onderhandelingen worden voortgezet of opgestart nadat zicht is op het aannemen van dit wetsvoorstel.

De regering acht het niet opportuun onderzoek te doen naar de bedragen die gemoeid zijn en het tijdsbeslag dat gemoeid is met het realiseren van verdragsaanpassingen. Dit is een investering die noodzakelijk is voor het te bereiken doel. De regering doet ook geen onderzoek naar de tijd en de kosten die gemoeid zijn met het realiseren van beleidsvoornemens of met het maken en aanpassen van wetten.

[4] Kamerstuk 34 052, nr. 14.

2.7. Aanpassen van verdragen en besparingen

De leden van de SP-, CDA-, en VVD-fracties hebben vragen gesteld over de aanpassing van verdragen in relatie tot de te realiseren besparingen. De leden van de SP-fractie vragen hoe het tijdpad rondom de aanpassing van verdragen zich verhoudt tot de ingeboekte besparing van € 60 miljoen per 2017. De leden van de CDA-fractie vragen of het in september 2015 met Marokko bereikte politieke akkoord tot gevolg heeft dat de te verwachten besparing (indien alsnog met Marokko een akkoord zou worden bereikt) – van het wetsvoorstel tot 2021 maximaal 55 miljoen is. De leden van de VVD-fractie vragen of het niet bereiken van overeenstemming met Marokko betekent dat de beoogde besparing van € 5 miljoen niet kan worden gerealiseerd? De leden van de CDA-fractie vragen welke financiële consequenties het uitblijven van aanpassing of opzegging van de verdragen met Argentinië, Australië, Bosnië en Herzegovina, Kaapverdië, Kosovo, Macedonië, Montenegro, Servië en Tunesië heeft.

De ingeboekte besparing van € 60 miljoen per 2017 is voor een deel afhankelijk van het proces van verdragsaanpassingen. Bij Marokko gaat het om een besparing van circa € 5 miljoen op jaarbasis en bij Turkije om een bedrag van naar schatting € 10 miljoen op jaarbasis. Bij de andere verdragslanden gaat het in totaal naar verwachting om minder dan € 1 miljoen per jaar.

De voortzetting of het opstarten van de onderhandelingen met Turkije en de meeste andere verdragslanden is aangehouden totdat zicht is op het aannemen van het onderhavige wetsvoorstel. Voor deze landen moet rekening worden gehouden met circa € 10 miljoen aan besparingsverlies met ingang van 2017 totdat de betreffende verdragen zijn aangepast. In de voorjaarsbesluitvorming 2016 zal worden nagegaan hoe dit besparingsverlies wordt opgevangen.

Bij Marokko is de ingangsdatum van de te behalen besparing afhankelijk van de vraag of het verdrag op 1 juli 2016 wordt opgezegd of dat er alsnog tot een akkoord wordt gekomen. Bij verdragsopzegging gaat de besparing in op het moment dat ook het onderhavige wetsvoorstel in werking treedt. Bij verdragswijziging is er, uitgaande van de afspraken over de overgangstermijn uit het politieke akkoord van september 2015, sprake van een besparingsverlies van € 5 miljoen per jaar tot 2021 vanaf het moment van inwerkingtreding van dit wetsvoorstel. De Eerste Kamer heeft op 16 februari jl. de goedkeuringswet tot opzegging van het verdrag met Marokko aanvaard.

2.8. Balkanlanden en toetreding tot de EU

De leden van de CDA-fractie vragen of de beperking van de dekking in de Zvw betekent dat de Balkanlanden die op termijn lid worden van de EU binnen enkele jaren weer onder de dekking komen te vallen en of de extra kosten voor het afschaffen en weer invoeren van de dekking opwegen tegen de besparingen.

Nederland heeft met diverse Balkanlanden verdragen gesloten die afspraken bevatten over de vergoeding van zorgkosten bij tijdelijk verblijf.[5] Voor de geografische beperking van de Zvw is het noodzakelijk om de verdragen met deze landen te wijzigen. Van deze landen worden op dit moment alleen toetredingsonderhandelingen met Servië en Montenegro gevoerd. Hoe snel de onderhandelingen verlopen, hangt ervan af

[5] Het betreft Bosnië en Herzegovina, Kosovo, Macedonië, Montenegro en Servië.

hoe snel deze landen aan alle voorwaarden voldoen. De verwachting is dat dit nog minstens vijf jaar gaat duren. In de tussentijd moet uitvoering kunnen worden gegeven aan nationale wetgeving. Daarom zal worden onderhandeld over aanpassing van de bilaterale verdragen. Het is dus mogelijk dat de betreffende landen na wijziging van het verdrag en daaropvolgende toetreding tot de EU opnieuw onder de dekking komen te vallen. ZN heeft opgemerkt vanuit uitvoeringstechnisch perspectief hier geen problemen te zien.

2.9. EU-Associatieovereenkomsten

De leden van de SP- en PVV-fracties hebben vragen gesteld over de EU-Associatieovereenkomsten. De leden van de SP-fractie merken op dat er onzekerheid is over de betekenis van dit wetsvoorstel voor de bepalingen in verschillende Associatieovereenkomsten. De akkoorden verschillen onderling en het moet nog worden bezien of deze landen de afspraken eenzijdig willen voortzetten. Wat zijn de verwachtingen van de regering op dit vlak, vragen deze leden. De leden van de PVV-fractie vragen om een toelichting op de associatieverdragen met Turkije en andere landen aan de Middellandse Zee. Wat is de status van deze verdragen, welke termijnen worden gehanteerd, en zijn hier belemmeringen of uitzonderingsposities te verwachten? Zij pleiten voor het eenzijdig opzeggen van de verdragen.

De in de memorie van toelichting genoemde EU-Associatieovereenkomsten zijn op dit moment van kracht. Anders dan ten aanzien van de bilaterale verdragen noopt dit wetsvoorstel niet tot aanpassing van de Associatieovereenkomsten die de EU heeft met een aantal landen. Deze overeenkomsten zijn gericht op hechtere samenwerking tussen de EU en de betrokken landen en bevatten in dat kader bepalingen over het toewerken naar een vrij dienstenverkeer (waaronder ook gezondheidsdiensten kunnen vallen). Deze bepalingen zijn echter niet verder uitgewerkt waardoor er van een vrij dienstenverkeer, en dus van eventuele noodzakelijke aanpassingen, op dit moment geen sprake is. De EU-Associatieovereenkomsten bevatten dan ook geen belemmeringen voor dit wetsvoorstel. Deze overeenkomsten zijn door de EU zijn gesloten. Nederland kan deze niet eenzijdig opzeggen.

2.10. Kwantitatieve gegevens

De leden van de PvdA- en CDA-fracties hebben gevraagd naar cijfermatig materiaal. De leden van de PvdA-fractie vragen in welke mate er medische behandelingen worden ondergaan buiten Europa, welke behandelingen en landen het betreft en om een schatting van het aantal behandelingen voor chronisch zieken buiten Europa. De leden van de CDA-fractie willen weten hoe groot de omvang is van de grensoverschrijdende zorg die buiten de dekking gaat vallen, wat het aandeel van de acute zorg versus de planbare zorg is en hoeveel van de totale grensoverschrijdende zorg onder de twee uitzonderingsgronden valt. Ook willen de leden van de CDA-fractie weten hoe groot de groei is van grensoverschrijdende zorg sinds 2010 is die buiten de dekking zal vallen en hoe groot de omvang van de zorg is buiten Europa die nu nog onder de werelddekking valt en straks binnen Europa wordt geleverd.

De kosten voor zorg buiten Nederland worden niet op uniforme wijze geregistreerd door zorgverzekeraars. Gedetailleerde informatie uitgesplitst naar land en type zorg is niet voorhanden. Het antwoord op deze vragen is daardoor noodzakelijkerwijs gebaseerd op schattingen en aannames.

Ongeveer 0,6% van de totale kosten die onder de dekking van de zorgverzekering vallen gaat om zorg die verzekerden in het buitenland ontvangen. Verreweg het grootste deel daarvan heeft betrekking op zorggebruik in Europa. Naar schatting vindt circa 15% van de grensoverschrijdende zorg buiten Europa plaats. Qua type zorg dient onderscheid te worden gemaakt tussen geplande zorg (wanneer verzekerden ervoor kiezen om in het buitenland behandeld te worden) en ongeplande zorg tijdens bijvoorbeeld vakantie. De kosten voor zorg buiten Europa lijken vooral samen te hangen met ongeplande zorg. Belangrijke landen zijn populaire vakantiebestemmingen, zoals de Verenigde Staten, Thailand, Turkije en Indonesië en Egypte. [6] Er zijn geen gegevens beschikbaar over het type behandeling of gegevens die duiden op behandelingen in verband met een chronische aandoening. Welk percentage daarvan onder de uitzonderingsgronden valt is evenmin bekend.

Ten aanzien van de CDA-vraag over de omvang van de groei van grensoverschrijdende zorg die buiten de dekking komt te vallen wordt opgemerkt dat de totale kosten van de grensoverschrijdende zorg ten laste van zorgverzekeringen van jaar tot jaar (sterk) kunnen fluctueren.[7] Er is geen duidelijke stijgende trend te zien[8]. Er kunnen ook goede geen prognoses worden gemaakt over een mogelijke groei in de komende jaren. Deze is van veel factoren afhankelijk, zoals het reisgedrag van Nederlandse vakantiegangers. Er kunnen dan ook geen zorgvuldige conclusies worden getrokken over de omvang van de groei van zorg die buiten de dekking zal komen te vallen. De regering streeft ernaar om de redenen achter de fluctuaties zoveel mogelijk te achterhalen en deze inzichtelijk te maken.
De laatste vraag van de leden van de CDA-fractie ziet op de gedragseffecten als gevolg van dit wetsvoorstel. Het betreft dan de vraag hoeveel mensen ervoor zullen kiezen om geen (planbare) zorg buiten Europa in te roepen, maar zorg binnen Europa en hoeveel mensen in Europa op vakantie zullen gaan in plaats van daarbuiten of zorg zullen uitstellen totdat zij terug zijn van vakantie. De regering heeft hier geen gegevens over. Wel wordt, zoals hierboven gemeld, aangenomen dat het percentage van geplande zorg buiten Europa relatief laag is. De effecten op dit terrein zullen naar verwachting dus relatief laag zijn. In hoeverre er sprake zal zijn van een verschuiving op het terrein van vakantiebestemmingen of in hoeverre mensen pas zorg inroepen in Nederland na afloop van hun vakantie kan niet worden aangegeven. Dit zal ook afhangen van de mate waarin gebruik wordt gemaakt van vervangende verzekeringen.

2.11. De onderbouwing van de beoogde besparing

De leden van de ChristenUnie- en SP-fracties vragen naar de onderbouwing van de beoogde besparing. In de «Financiële paragraaf» wordt hier ook naar gevraagd door de leden van de fracties van de PvdA, de SP, het CDA en de VVD. De leden van de SP-fractie vragen voorts of onderzoek is gedaan naar de besparing. Waarom heeft de regering dit bedrag opgenomen in de begroting, vragen deze leden. Zij willen weten of de Algemene Rekenkamer (ARK) of andere instanties bezwaren hebben geuit. Voorts vragen zij naar het terugvalscenario voor het geval dat het wetsvoorstel helemaal geen besparing oplevert.

---

[6] Pagina 37 en 38 van het IBO-rapport Grensoverschrijdende zorg (Kamerstukken II 2013/14, 29 689, nr. 530).
[7] Over de periode 2010–2014 bedragen de gemiddelde kosten circa € 400 miljoen op jaarbasis (bron: Zorginstituut).
[8] In het IBO rapport grensoverschrijdende zorg (blz. 35) is over de periode 2008–2012 een stijging te zien; in 2013 en 2014 zijn de kosten gedaald (zie Verzekerdenmonitor 2015, blz. 40).

De kosten van de grensoverschrijdende zorg ten laste van zorgverzekeringen lagen de afgelopen zes jaar gemiddeld genomen rondom de € 400 miljoen op jaarbasis.[9] Op basis van cijfers van twee verzekeraars wordt geschat dat circa 15% van deze grensoverschrijdende zorg buiten Europa plaatsvindt. Daarmee komt de met dit wetsvoorstel beoogde besparing uit op circa € 60 miljoen op jaarbasis.

Hier moet worden bedacht dat zorgverzekeraars geen uniforme registratie voeren van zorg buiten Nederland. Gedetailleerde cijfers over grensoverschrijdende zorg zijn dan ook niet beschikbaar. ZN heeft dit ook naar voren gebracht in de uitvoeringstoets. Ook geldt dat de kosten van grensoverschrijdende zorg van jaar tot jaar sterk kunnen fluctueren, hetgeen het analyseren van de gegevens bemoeilijkt. De raming van € 60 miljoen is daarom een globale schatting die mede is gebaseerd op gegevens op macroniveau. Het behalen van deze besparing is mede afhankelijk van de aanpassing van bilaterale sociale zekerheidsverdragen (zie paragraaf 2.7). Daarnaast kunnen het reisgedrag van Nederlanders en gedragseffecten als gevolg van dit wetsvoorstel een rol spelen (zie ook paragraaf 2.10).

De regering acht een terugvalscenario voor de situatie dat het wetsvoorstel helemaal geen besparing oplevert niet aan de orde. Zoals blijkt uit het voorgaande kan nog steeds een substantieel bedrag worden bespaard, ook als de ingeschatte besparing van € 60 niet volledig zal worden gerealiseerd. Er zijn naast de opmerkingen van ZN in de uitvoeringstoets geen bezwaren of opmerkingen van andere instanties (zoals de ARK) bekend.

2.12. Acceptatieplicht vervangende verzekeringen en positie chronisch zieken

De leden van de Tweede Kamer-fracties stellen vragen over het bestaan van een acceptatieplicht en de gevolgen van het wetsvoorstel voor chronisch zieken. Conform de indeling van het verslag worden de vragen van de PvdA, ChristenUnie, PVV, CDA en D66 hieronder beantwoord. De vragen van de fracties van de VVD, het CDA en de SP komen onder het hoofdstuk «Uitvoerbaarheid» in paragraaf 7.3 aan de orde. De leden van de PvdA-, PVV- en D66-fracties vragen of een acceptatieplicht geldt voor de vervangende verzekeringen. Daarbij vragen de leden van de PvdA- en CDA-fracties of het de bedoeling is dat chronisch zieken niet meer voor vakantie of familiebezoek naar een land buiten Europa kunnen gaan. De leden van de PvdA-, ChristenUnie-, D66-, PVV- en CDA-fracties vragen hoe wordt geborgd dat mensen met extra of voorzienbare zorgkosten zich aanvullend kunnen verzekeren voor zorgkosten buiten Europa tegen een redelijke prijs. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of voldoende rekening is gehouden met deze groep, of is overwogen om een uitzondering te maken en hoe dit wetsvoorstel zich verhoudt tot de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (hierna: Wgbh/cz).

In het kader van een stringent pakketbeheer voorziet het wetsvoorstel bij wijze van hoofdregel in een geografische beperking van de dekking van de zorgverzekering tot Europa. Periodiek terugkerende behandelingen van chronisch zieke patiënten kunnen buiten Europa plaatsvinden, maar vallen niet onder de dekking van de zorgverzekering. De desbetreffende zorgkosten zouden in beginsel kunnen worden gedekt door middel van een aanvullende ziektekostenverzekering of een reisverzekering.

[9] Bron: Zorginstituut.

Het wetsvoorstel voorziet niet in de introductie van een acceptatieplicht voor de aanvullende verzekering of reisverzekering. Een dergelijke acceptatieplicht verdraagt zich niet met de Europese richtlijn betreffende de toegang tot en uitoefening van het verzekerings- en het herverzekeringsbedrijf (Solvabiliteit II).[10] Deze richtlijn verhindert verzekeraars voorschriften op te leggen over acceptatie, verzekeringsdekking en premiestelling. De uitzondering ten behoeve van het wettelijk stelsel van sociale zekerheid gaat, anders dan ten aanzien van de Zvw, niet op voor reisverzekeringen of aanvullende ziektekostenverzekeringen.
Naar verwachting zullen verzekeraars op basis van commerciële en bedrijfseconomische afwegingen reisverzekeringen of aanvullende ziektekostenverzekeringen ontwikkelen en onder daarbij te stellen condities aanbieden. Verzekeraars zullen, zoals bij schadeverzekeringen gebruikelijk is, dekking bieden op basis van een risico-inschatting. Anders dan bij de zorgverzekering, bestaat immers geen risicoverevening. In de praktijk betekent dit dat verzekeraars acceptatieprocedures kunnen inrichten, waarbij risicoselectie of premiedifferentiatie een rol speelt. Hierbij kunnen diverse (ervarings)gegevens een rol spelen. Op voorhand is niet uit te sluiten dat als gevolg van de risicobeoordeling de verzekering onder omstandigheden slechts tegen betaling van een hogere premie of met een beperktere dekking kan worden gesloten. De regering gaat er wel van uit dat verzekeraars verzekeringsproducten zullen aanbieden waar ook chronisch zieken gebruik van kunnen maken. Hierbij wijst de regering op het wetsvoorstel in verband met de uitvoering van het op 13 december 2006 te New York tot stand gekomen Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap.[11] De Tweede Kamer heeft dat wetsvoorstel onlangs aangenomen. In dat wetsvoorstel wordt onder meer de Wgbh/cz aangepast, zodat die wet ook van toepassing zal zijn op de financiële dienstverlening zoals verzekeringen. Ingevolge de Wgbh/cz is het maken van direct onderscheid op grond van handicap of chronische ziekte niet toegestaan. Van direct onderscheid is sprake indien een persoon op grond van handicap of chronische ziekte op een andere wijze wordt behandeld dan een ander in een vergelijkbare situatie. Direct onderscheid is absoluut verboden. Ingevolge de Wgbh/cz is het maken van indirect onderscheid toegestaan, indien wordt voldaan aan de door die wet gestelde eisen. Bij indirect onderscheid is er sprake van een op het oog neutrale bepaling, maatstaf of handelwijze, maar worden de personen met een handicap of chronische ziekte door die bepaling, maatstaf of handelwijze in vergelijking met anderen bijzonder getroffen. Het maken van indirect onderscheid is slechts toegestaan, als het onderscheid objectief gerechtvaardigd wordt door een legitiem doel en de middelen voor het bereiken van dat doel passend en noodzakelijk zijn. Deze uitgangspunten zijn ook van toepassing op aanvullende en reisverzekeringen.

2.13. Zorgkosten chronisch zieken buiten Europa

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke manier er sprake is van extra kosten als chronisch zieken de behandeling buiten Europa zouden ondergaan en wat het wetsvoorstel betekent voor de zorgkosten van deze groep. Zij vragen naar een overzicht van de kosten voor reguliere behandelingen voor chronisch zieken in landen buiten Europa ten opzichte van de kosten in Nederland.

Volgens dit wetsvoorstel worden zorgkosten buiten Europa niet meer vergoed vanuit de zorgverzekering. Dit principe geldt voor iedereen, met uitzondering van de in het wetsvoorstel beschreven uitzonderingsgroepen. Zoals vermeld in paragraaf 2.12 zouden zorgkosten van

[10] 2009/138/EG.
[11] Kamerstukken I 2015/16, 33 990, nr. A.

chronisch zieken die buiten Europa verblijven in beginsel kunnen worden gedekt door middel van een aanvullende ziektekostenverzekering of een reisverzekering. Wanneer die kosten toch vergoed zouden worden vanuit de zorgverzekering levert dit een besparingsverlies op. De omvang van een dergelijk besparingsverlies is niet bekend. Er is namelijk geen registratie van de zorgkosten van chronisch zieken buiten Europa.
Een overzicht ter indicatie van de kosten van de behandeling van chronisch zieken buiten Europa ontbreekt. De woonlandfactoren die worden gebruikt voor de bepaling van de hoogte van de verdragsbijdrage van verdragsgerechtigden kunnen wel enig inzicht bieden in de gemiddelde zorgkosten van een aantal verdragslanden buiten Europa.[12]
Hieronder volgt een overzicht van de woonlandfactoren in de verdragslanden. Hierbij dient te worden aangetekend dat deze woonlandfactoren alleen inzicht bieden in de zorgkosten op basis van de *wettelijke* ziektekostenregeling in het verdragsland. Mensen met een chronische aandoening kunnen zich ook buiten die wettelijke ziektekostenregeling om laten behandelen. Het niveau van dergelijke zorgkosten is vaak aanmerkelijk hoger en valt niet onder het hiernavolgende overzicht. Het spreekt vanzelf dat in landen met een hoger zorgkostenniveau dan Nederland, zoals de Verenigde Staten, de kosten van dergelijke behandelingen ook hoger zullen uitvallen. Overigens wordt in alle gevallen tot maximaal het in Nederland gangbare tarief vergoed.

Land	**Gemiddelde zorgkosten verdragsland**	**Gemiddelde zorgkosten Nederland**	**Woonlandfactor**
Bosnië-Herzegovina	221,85	3.496,61	**0,0634**
Kaapverdië	79,46	3.496,61	**0,0227**
Macedonië	178,57	3.496,61	**0,0511**
Marokko	30,56	2.448,29	**0,0125**
Montenegro	279,09	3.435,32	**0,0812**
Servië	264,77	3.496,61	**0,0757**
Tunesië	62,02	2.874,25	**0,0216**
Turkije	313,68	3.435,32	**0,0913**

2.14. Palliatieve zorg

De leden van de PvdA-fractie willen weten hoe palliatieve zorg in het buitenland met dit wetsvoorstel wordt geregeld.

Het wetsvoorstel beperkt de dekking van de zorgverzekering tot Europa. Dat geldt ook voor palliatieve zorg. Het wetsvoorstel voorziet niet in een uitzondering waarmee deze vorm van zorg onder de dekking van de zorgverzekering wordt gebracht. Het wordt derhalve, net als andere vormen van zorg, aan verzekeraars overgelaten om hiervoor aanvullende verzekeringsproducten te ontwikkelen.

2.15. Vervangende verzekeringen

De leden van de CDA- en D66- fracties stellen vragen over de vervangende verzekeringen. In het onderdeel «Uitvoerbaarheid» (paragraaf 7) komen dergelijke vragen van de leden van de fracties van het CDA, de VVD en de

[12] De woonlandfactor is het verhoudingsgetal dat wordt berekend uit de verhouding tussen de gemiddelde zorguitgaven voor een persoon ten laste van de wettelijke ziektekostenverzekering in het woonland en de gemiddelde zorguitgaven voor een persoon ten laste van de wettelijke zorgverzekeringen in Nederland. Voor Marokko en Turkije is de woonlandfactor 0,0125 respectievelijk 0,0913. Met andere woorden: de gemiddelde zorgkosten van Marokko en Turkije op basis van de wettelijke regelingen liggen op 1/80ste respectievelijk 1/11de van het Nederlandse niveau.

SP aan de orde. De leden van de D66-fractie vragen de regering of Nederlanders zich zelf dienen te verzekeren voor zorgkosten als zij buiten Europa reizen, op welke manier zorgkosten worden gedekt en door wie, de verzekeraar of het Zorginstituut? De leden van de CDA-fractie vragen wat de regering een aanvaardbare prijs vindt van een aanvullende ziektekosten- of reisverzekering en wat zij verwacht dat de prijs gaat worden van een dergelijke verzekering.

Om zorgkosten buiten Europa te dekken kunnen verzekerden een aanvullende verzekering of reisverzekering afsluiten. Het Zorginstituut heeft hierin geen rol. Verzekeraars bepalen geheel zelfstandig hoe zij omgaan met dit wetsvoorstel. Het is aan verzekeraars om de hoogte van de premies van de aanvullende ziektekosten- en reisverzekeringen vast te stellen. Dit zal verschillen per verzekeraar. Een indicatie van de premie kan de regering dan ook niet geven. Daar treedt de regering niet in.
In algemene zin kan worden vermeld dat een opwaarts effect wordt verwacht op de premie van de vervangende verzekeringen. De kosten worden immers omgeslagen over een kleinere groep dan bij de zorgverzekering. De hoogte van dit premie-effect bij de *aanvullende verzekering* is onder andere afhankelijk van de vraag of de buitenlanddekking als een afzonderlijke module zal worden aangeboden of zal worden geïntegreerd in de bestaande aanvullende verzekeringen. Bij de *reisverzekering* is de hoogte van het premie-effect mede afhankelijk van de vraag of de reisverzekering de vangnetfunctie die het van oudsher heeft behoudt (naast de aanvullende verzekering) of dat de reisverzekeraar een nieuw zorgverzekeringsproduct zal ontwikkelen en zelf de primaire aanbieder wordt (zie ook paragraaf 7.2). Op deze nieuwe situatie is de reisverzekeringssector niet ingericht. Indicaties over het premiebedrag kunnen dan ook niet worden gegeven. Als de reisverzekeraar zal optreden als primaire aanbieder is de verwachting dat de premie van de reisverzekering sterk zal stijgen. De werelddekking wordt bij de Zvw immers omgeslagen over een veel grotere groep. Bij de reisverzekering hangt de hoogte van de premiestijging eveneens af van de vraag of de kosten ook zullen worden omgeslagen op verzekerden die niet buiten Europa reizen. Tot slot speelt bij de hoogte van de premie van de reisverzekering een rol of het gaat om een doorlopende reisverzekering (premie per jaar) of een kortlopende reisverzekering (premie per vakantie).

2.16. Risico's op onderverzekering

Het CDA vraagt of het wenselijk is dat er onvolledige dekkingen van zorgkosten geleverd zullen worden en welke mogelijkheden de regering ziet om te dit te voorkomen. De leden van de PVV-fractie vragen wat er gebeurt wanneer een Nederlander in een levensbedreigende situatie in het buitenland niet aanvullend verzekerd is en de zorgkosten niet kan betalen. Zij vragen of het de bedoeling is dat mensen van buiten Europa in Nederland recht hebben op gratis zorg, terwijl Nederlanders in het buitenland geen spoedhulp krijgen.

De regering is van mening dat de zorgverzekering moet voorzien in (vergoeding) van zorg die vanuit het solidariteitsbeginsel ten laste van de gemeenschap behoort te komen. Zorgkosten die buiten Europa worden gemaakt dienen, behalve in de uitzonderingsgevallen die in het wetsvoorstel zijn opgenomen, niet ten laste van de gemeenschap te komen. Verzekerden die zich buiten Europa begeven, zijn zelf verantwoordelijk voor de keuze om de vervallen dekking te vervangen of op andere wijze te financieren. De regering gaat ervan uit dat de verzekeringsbranche adequate alternatieven in de markt zet. Voor zover de leden van de CDA-fractie met deze vraag ook informeren naar de positie van chronisch zieken wordt verwezen naar paragraaf 2.12.

Om onderverzekering bij een vakantie naar het buitenland te voorkomen is een goede voorlichting essentieel. Het Ministerie van VWS zal in de bestaande voorlichtingscampagnes uitgebreid aandacht besteden aan de beperking van de werelddekking. Daarnaast dienen verzekeraars hun (aspirant) verzekerden duidelijk voor te lichten over de inhoud en voorwaarden van het verzekeringsproduct. Burgers hebben uiteindelijk een eigen verantwoordelijkheid om een voor hen passend verzekeringsproduct te kiezen.

Overigens is er in Nederland in principe geen sprake van gratis zorg voor mensen van buiten Europa. Mensen die niet in Nederland verzekerd zijn dienen de kosten voor spoedeisende hulp in Nederland ook zelf te dekken, hetzij via een verzekering in het land van herkomst hetzij door de rekening zelf te betalen.[13]

2.17. Voorlichting

De leden van de fracties van D66, het CDA en de PvdA (in het onderdeel «Voorlichting, informatieverstrekking en het NCP») hebben vragen gesteld over de voorlichtingsaspecten van het wetsvoorstel. De leden van de D66-fractie vragen of de regering een goede voorlichtingscampagne wil starten en om aan te geven hoe deze vorm krijgt. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de regering ervoor zorgt dat mensen die buiten Europa reizen op het juiste moment op de hoogte worden gebracht van de veranderingen in het bilaterale verdrag.

De regering is van plan een voorlichtingscampagne te houden om mensen zo goed en volledig mogelijk te informeren over de beperking van de werelddekking. Omdat het om een wijziging van de dekking van de zorgverzekering gaat, wordt dit meegenomen in de reguliere voorlichting over de wijzigingen in het ingevolge de Zvw te verzekeren basispakket. De reguliere voorlichtingscampagne bestaat uit een jaarlijks persbericht over de wijzigingen in het basispakket, een jaarlijkse voorlichtingscampagne en een op specifieke doelgroepen ontwikkelde communicatie-aanpak. Daarnaast zal de Minister van VWS in gesprek gaan met de reisbranche (ANVR). Zij hebben als eerste contact met reizigers en de mogelijkheid om mensen te informeren over de dekking van zorgkosten tijdens vakantie. Tot slot zal de Nederlandse reiziger via de reisadviezen van het Ministerie van Buitenlandse Zaken aan de aanpassing van de dekking worden herinnerd.
Met betrekking tot de voorlichting ziet de regering, naast een verantwoordelijkheid voor de Minister van VWS, ook een rol voor de verzekeraars. De relevante informatie over de aanpassing van verdragen zal op de website van het Zorginstituut en de rijksoverheid worden geplaatst. Daarnaast zijn zorgverzekeraars verantwoordelijk voor voorlichting over de vergoedingsmodaliteiten in het buitenland aan hun verzekerden.

2.18. Inkomensafhankelijke premies

De leden van de CDA-fractie vragen hoe groot de kring van verzekerden is die buiten Europa woont en een inkomensafhankelijke bijdrage betaalt, maar op basis van dit wetsvoorstel niet meer onder de basisverzekering van de Zvw valt.
Zij vragen voorts naar de gevolgen van dit wetsvoorstel voor de te betalen inkomensafhankelijke bijdrage door een persoon die een Nederlands pensioen ontvangt, verzekerd is in Nederland en de helft van het jaar in de Verenigde Staten (VS) woont. Hoe groot is deze groep en hoeveel betaalt deze groep gemiddeld aan inkomensafhankelijke bijdrage?

[13] Dit is alleen anders ten aanzien van asielzoekers die in procedure zijn.

Mensen die buiten Nederland *wonen* zijn in beginsel niet verzekerd ingevolge de Wet langdurige zorg (Wlz) en dus ook niet verzekeringsplichtig voor de Zvw. Wie niet verzekerd is, is uiteraard geen inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd. In een aantal situaties kunnen mensen die buiten Nederland wonen of verblijven, of buiten Nederland werken, wel verzekerd blijven. Dat is het geval voor bijvoorbeeld gedetacheerde werknemers, diplomaten, uitgezonden ambtenaren en defensiepersoneel. Voor hen is een inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd. Dergelijke personen vallen onder de in dit wetsvoorstel voorziene uitzondering voor werkenden. Bij een *tijdelijk verblijf* buiten Europa van korter dan een jaar blijft de verzekering en daarmee de premieplicht in de regel in stand. Het is niet bekend hoe groot de groep is die in Nederland woont en een deel van het jaar buiten Europa verblijft. De Belastingdienst en Sociale Verzekeringsbank (SVB) houden dit niet bij. Evenmin kan worden aangegeven hoeveel deze groep gemiddeld betaalt aan inkomensafhankelijke bijdrage. Ter indicatie: een pensioengerechtigde met alleen AOW betaalt een Zvw-bijdrage van 5,5% (cijfer 2016) over de AOW.

Een pensioengerechtigde die de helft van het jaar in de VS verblijft en de helft van het jaar in Nederland woont en die in Nederland verzekeringsplichtig blijft heeft, als gevolg van dit wetsvoorstel, geen recht meer op vergoeding vanuit de zorgverzekering voor de in de VS ingeroepen zorg. Deze verzekeringsplichtige is in principe over het gehele jaar de volle inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd. Dit is anders in een drietal situaties, namelijk wanneer betrokkene (naast zijn pensioen) werkzaamheden verricht buiten Nederland voor een niet in Nederland gevestigde werkgever, indien op grond van een verdrag de ziektekostenwetgeving van het verdragsland van toepassing is op de betrokkene of indien de uitkering onderworpen is aan de ziektekostenwetgeving van een ander land. In die drie situaties wordt bij de vaststelling van het zogenaamde «bijdrage-inkomen» het buitenlandse inkomen van het bijdrage-inkomen uitgezonderd. In de door het CDA geschetste casus is daarvan geen sprake.
Het is overigens mogelijk om onder voorwaarden bepaalde zorgkosten in aftrek te brengen in de aangifte inkomstenbelasting.[14] Dit gaat dan alleen om kosten die niet door de zorgverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed. Betaalde premies voor een zorg- of aanvullende verzekering zijn niet aftrekbaar.

2.19. Gevolgen voor de basispremie

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen in hoeverre dit wetsvoorstel gevolgen heeft voor de hoogte van de basispremie?

Het wetsontwerp levert naar schatting een besparing van € 60 miljoen op. Hierdoor is er € 30 miljoen minder inkomensafhankelijke bijdrage nodig en € 30 miljoen minder nominale opbrengst (nominale premie, eigen risico en rijksbijdrage kinderen). De nominale premie zal hierdoor waarschijnlijk circa € 2 per jaar lager uitvallen.

2.20. De BES

De leden van de CristenUnie-fractie vragen welke gevolgen dit wetsvoorstel heeft voor de inwoners op de BES-eilanden.

[14] Aan de aftrekbaarheid van kosten zijn voorwaarden verbonden. Ook geldt voor de aftrek een drempelwaarde. Deze is afhankelijk van het verzamelinkomen.

Het wetsvoorstel heeft geen gevolgen voor de inwoners van de BES-eilanden. Daar geldt niet de Zvw, maar een eigen verzekeringsregeling.

3. Nationaal contactpunt (ncp)

3.1. Vindbaarheid informatie ncp

De leden van de VVD-fractie vinden dat de informatie over het ncp via het Zorginstituut niet gemakkelijk vindbaar is en vragen op welke manier de vindbaarheid verbeterd kan worden, bijvoorbeeld door informatie over grensoverschrijdende zorg op te nemen op de website van KiesBeter. Deze leden vragen voorts naar de mogelijkheden om het bestaan van het ncp mee te nemen in de voorlichtingscampagne bij dit wetsvoorstel.

Ter implementatie van de Patiëntenrichtlijn is het nationaal contactpunt (ncp) opgericht. Het ncp voorziet in informatie over grensoverschrijdende zorg binnen Europa. De daarvoor opgezette website biedt algemene informatie aan Nederlands verzekerden die zorg in een ander EU-land overwegen en aan verzekerden van andere lidstaten over zorg in Nederland. De site is in het Nederlands en het Engels. Het Zorginstituut heeft inmiddels de site van het ncp door middel van een banner prominenter op de website geplaatst. KiesBeter biedt kwaliteitsinformatie over de zorg in Nederland in de Nederlandse taal. Hoewel er een kleine overlap is, lopen doel en scope van ncp en KiesBeter uiteen. Het ligt niet voor de hand om de inhoud van de twee sites te bundelen op de KiesBeter-website. Het Zorginstituut gaat wel na of de verwijzing naar de website van het ncp een prominentere plaats kan krijgen op de website van KiesBeter. Tot slot bevat de site van de rijksoverheid een verwijzing naar de website van het ncp.
De voorlichting over het wetsvoorstel zal gericht zijn op de beperking van de werelddekking. Om de boodschap aan de burger zo transparant mogelijk te houden heeft het de voorkeur van de regering om deze voorlichtingscampagne niet uit te breiden met voorlichting over het bestaan van het ncp. Inhoudelijk gezien bestaat er tussen de beperking van de werelddekking (zorg buiten Europa) en de informatievoorziening door het ncp (zorg binnen Europa) geen relatie.

3.2. Ministeriële regeling

De leden van de CDA-fractie vragen waarom de taken van het Zorginstituut als ncp nader worden uitgewerkt per ministeriële regeling. Is de regering voornemens van deze mogelijkheid gebruik te maken, en zo ja, op welke wijze.

Volgens de Patiëntenrichtlijn dienen alle lidstaten een ncp aan te wijzen dat verzekerden informeert over grensoverschrijdende zorg. Het Zorginstituut vervult deze taak sinds de uiterste implementatiedatum van de richtlijn. De Europese Commissie is van mening dat het ncp wettelijk geregeld moet zijn en heeft een infractieprocedure tegen Nederland opgestart wegens onvolledige implementatie van de richtlijn. In het kader van de infractieprocedure heeft Nederland toegezegd aan de Europese Commissie om de aanwijzing van het ncp te regelen bij wet in formele zin en de taken te verankeren bij ministeriële regeling.

4. Bijdrage in het buitenland wonende verdragsgerechtigden

4.1. Recht op zorg bij wonen in niet-verdragsland

De leden van de VVD-fractie vragen of mensen die met een wettelijk Nederlands pensioen wonen in een niet-verdragsland buiten Europa recht hebben op zorg en vergoeding van deze zorg.

Rechthebbenden op een Nederlands pensioen die wonen in een land waarmee Nederland geen verdrag heeft waarin het recht op medische zorg voor pensioengerechtigden is opgenomen hebben, ook voor de inwerkingtreding van het wetsvoorstel, geen recht op zorg ten laste van Nederland. Zij zijn immers, als niet-ingezetene, in Nederland niet verzekerd tegen ziektekosten ingevolge de Wlz en de Zvw. Als er wel een verdrag is maar daarin is geen regeling opgenomen voor de verlening van medische zorg aan pensioengerechtigden, dan is er ook geen verdragsrecht op zorg ten laste van Nederland. Voorbeelden van verdragen zonder een dergelijke regeling zijn de verdragen met Australië, Argentinië, de VS en Japan. Deze mensen zijn aangewezen op de voorzieningen die de overheid van hun land biedt of op een andere verzekering dan de zorgverzekering.

4.2. Vereenvoudiging inning verdragsbijdrage

De leden van de CDA-fractie vragen wanneer het bedrag van de verdragsbijdrage dat door de verdragsgerechtigde verschuldigd is te groot is om via broninhouding op één bron in te laten houden, zodat een tweede bron aangewezen wordt

Het in te houden bedrag is te groot als de hoogte van de verschuldigde verdragsbijdrage groter is dan bijvoorbeeld het AOW-pensioen of de UWV-uitkering. In die gevallen kan het restant bij een tweede broninhouder worden ingehouden. Een eerste berekening van het Zorginstituut heeft uitgewezen dat in circa 95% van de gevallen inhouding bij één bron mogelijk is.

5. Administratieve maatregelen en toezicht organen woon- en verblijfplaats

5.1. Wijzigingen in de situatie van verdragsgerechtigden

De leden van de CDA-fractie vragen wiens verantwoordelijkheid het is om relevante wijzigingen in de situatie van een verdragsgerechtigde tijdig door te geven aan het orgaan van de woonplaats. Deze leden vragen voorts hoeveel oninbare zorg- en incassokosten er in 2013 en 2014 zijn geweest met betrekking tot deze groep en hoe groot de bedragen van zorgkosten kunnen zijn van niet tijdig bij het orgaan van de woonplaats afgemelde verzekeringsplichtigen.

De verdragsgerechtigde is te allen tijde als eerste zelf verantwoordelijk om wijzigingen door te geven aan het orgaan van de woonplaats indien dit gevolgen heeft voor zijn recht op zorg of andere diensten in de zin van de Zvw of de Wlz. Het orgaan van de woonplaats is voor ruim € 800.000,– gecompenseerd voor oninbare zorgkosten over de periode van 2006 tot en met 2013. Voor het jaar 2014 heeft nog geen compensatie plaatsgevonden.
Na inwerkingtreding van het desbetreffende onderdeel van het wetsvoorstel zullen, door de periodieke bestandsvergelijking tussen het orgaan van de woonplaats en de SVB en door verbetering van de voorlichting, naar verwachting de oninbare kosten in de toekomst

aanmerkelijk lager zijn. De hoogte van de zorgkosten varieert. Dit is afhankelijk van de ontvangen zorg of overige diensten. Deze kan relatief eenvoudig (goedkoop) of complex (duur) zijn.

5.2. Controle en toezicht

De leden van de CDA-fractie vragen waarom de controle op de uitvoering door de organen van de internationale sociale zekerheidsregelingen van oorsprong bij het Zorginstituut is neergelegd. Zij vragen of het Zorginstituut na het aannemen van het wetsvoorstel nog een rol heeft in de controle van de rechtmatige uitvoering. Vervallen de protocollen met de organen van de woon- en verblijfplaats?

De controlerende rol van het Zorginstituut dateert uit het tijdperk waarin het toenmalige College voor Zorgverzekeringen (CVZ) onder de Ziekenfondswet (Zfw) een controlerende taak had ten aanzien van de ziekenfondsen. Het orgaan van de woonplaats (destijds ziekenfonds CZ) en het orgaan van de verblijfplaats (destijds Agis) waren ook ziekenfondsen waar de verdragsgerechtigden de in de Zfw verankerde verstrekkingen geldend konden maken. De controle door het Zorginstituut heeft geen wettelijke basis en is beperkt.

Met dit wetsvoorstel worden toezicht en handhaving wettelijk geregeld. De NZa krijgt de taak toezicht te houden op de rechtmatige uitvoering door de organen van de woonplaats en van de verblijfplaats van hetgeen is geregeld bij of krachtens artikel 123 Zvw en de internationale socialezekerheidsregelingen. Dit toezicht omvat bijvoorbeeld ook het toezicht op de uitvoering van de bijbehorende administratieve verplichtingen. De NZa zal de wijze van verantwoorden nader vormgeven. In dat kader zal de NZa regels opstellen, die de basis van het toezicht vormen. De inhoud van de protocollen van het Zorginstituut zullen bij de vormgeving van het toezicht worden meegenomen. Het Zorginstituut blijft als verbindingsorgaan en als fondsbeheerder een belangrijke taak behouden bij de uitvoering van de werkzaamheden van beide organen.

6. Informatieverstrekking grensoverschrijdende zorg

De leden van de SP-fractie vragen of het verzamelen van informatie over grensoverschrijdende zorg ingevolge de Patiëntenrichtlijn zal lukken en of dit onderdeel van het wetsvoorstel is voorgelegd aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Deze leden vragen wie verantwoordelijk wordt voor de uitvoering van het overzicht en wat de consequenties zijn voor Nederland wanneer derden niet tijdig, onvolledig of onjuiste informatie aanleveren.

Volgens artikel 20 van de Patiëntenrichtlijn stelt de Europese Commissie om de drie jaar een verslag op over de werking van deze Richtlijn. De lidstaten dienen de Commissie bijstand te verlenen bij het opstellen van die evaluatie. Hiertoe leveren zij de Commissie alle beschikbare informatie over onder andere patïentenstromen en de financiële dimensies van patiëntenmobiliteit. Daarnaast bevat Verordening (EG) nr. 987/2009[15] de verplichting voor lidstaten om statistieken te verzamelen over de werking van de Europese sociale zekerheidsverordening.
Dit wetsvoorstel voorziet in de wettelijke verankering van bovengenoemde internationale verplichtingen. Deze verplichtingen zijn dus niet nieuw. In het kader van deze internationale instrumenten vraagt het Ministerie van VWS op basis van vragenlijsten van de Europese

[15] Verordening (EG) nr. 987/2009 van het Europees Parlement en de Raad van 16 september 2009 tot vaststelling van de wijze van toepassing van Verordening (EG) nr. 883/2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels (PbEU 2009, L 284).

Commissie ook al op reguliere basis gegevens uit bij zorgverzekeraars, het Zorginstituut en de organen van de woon- en verblijfplaats. Inzet daarbij is om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de reeds beschikbare gegevens. De regering acht het van belang om beleidsinformatie over grensoverschrijdende zorg te verzamelen. Het is bekend dat zorgverzekeraars kwantitatieve gegevens over grensoverschrijdende zorg niet op uniforme wijze registreren en dat bepaalde informatie ontbreekt. In samenwerking met het Zorginstituut wordt nagegaan of meer gedetailleerde (en uniform geregistreerde) gegevens beschikbaar kunnen komen. Bij het verzamelen van meer gedetailleerde informatie dienen evenwel de kosten en baten tegen elkaar te worden afgewogen. Het voorkomen van onnodige regeldruk voor zorgverzekeraars en andere betrokken instellingen is daarbij een belangrijk uitgangspunt. Hiermee voldoet Nederland aan artikel 20 van de Patientenrichtlijn. Lidstaten worden immers verplicht om de *beschikbare* informatie te verzamelen. Het concept wetsvoorstel is voorgelegd aan ZN, Zorginstituut, het orgaan van de woonplaats en het orgaan van de verblijfplaats. ZN heeft in de uitvoeringstoets geen aandacht aan dit punt besteed. Omdat dit wetsvoorstel de zorgaanbieders niet raakt, is het concept wetsvoorstel niet aan zorgaanbieders voorgelegd.

7. Uitvoerbaarheid

7.1. Dekking vervangende verzekeringen

De leden van de VVD-fractie vragen of de regering toezeggingen heeft dat verzekeraars dekking zullen bieden voor medische kosten buiten Europa.

Zoals de regering in paragraaf 2.15 heeft opgemerkt is het ontwikkelen van verzekeringsproducten voor medische kosten buiten Europa aan de marktpartijen. De overheid treedt daar niet in. Verzekeraars hebben geen toezeggingen gedaan voor de dekking van medische kosten buiten Europa. Wel heeft de verzekeringsbranche desgevraagd laten weten de ontwikkeling van dergelijke producten plausibel te vinden. Het is naar de mening van de regering aannemelijk dat dergelijke polissen zullen worden aangeboden.

7.2. Dekking door de reisverzekering

De leden van de VVD-fractie vragen of het klopt dat voor het afsluiten van veel reisverzekeringen een basisverzekering nodig is. Zij vragen wat het beperken van de werelddekking tot Europa betekent voor de werelddekking voor medische zorgkosten in deze reisverzekeringen en of mensen die zorg buiten Europa ontvangen de kosten zelf moeten betalen of dat deze kosten volledig worden opgebracht door de reisverzekeraar. Wat betekent dit voor de premie voor een dergelijke verzekering, vragen zij.

Momenteel zijn reisverzekeraars geen primaire aanbieders in het vergoeden van medische kosten in het buitenland. Een reisverzekeraar kan dekking bieden op uiteenlopende zaken, zoals vervangend vervoer, vergoeding van verloren of gestolen eigendommen. De reisverzekering is dus niet primair bedoeld om medische kosten in het buitenland te vergoeden, maar kan hierin wel voorzien. Doorgaans bieden reisverzekeringen een aanvulling op de zorgverzekering en/of op de aanvullende verzekering. Er bestaan wel enkele verzekeraars die medische kosten dekken buiten Europa wanneer iemand geen zorgverzekering heeft, bijvoorbeeld voor expats, studenten of backpackers. In die gevallen is de reisverzekeraar de primaire verzekeraar.

Dit wetsvoorstel heeft als gevolg dat medische kosten die buiten Europa worden gemaakt niet langer voor vergoeding vanuit de zorgverzekering in aanmerking komen. Zoals ook vermeld in paragraaf 2.15 zijn verschillende opties mogelijk:

1) De reisverzekering behoudt de vangnetfunctie die het nu heeft en zal alleen zorg dekken in aanvulling op de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (doorlopend of voor de duur van een reis). De reisverzekeraar kan met de reisverzekering aansluiten op de aanvullende ziektekostenverzekering van de eigen verzekeringsmaatschappij ofvan een andere verzekeraar.
2) De reisverzekeraar ontwikkelt een zelfstandig verzekeringsproduct voor ziektekosten en wordt de primaire verzekeraar. De reisverzekeringsbranche heeft aangegeven dat deze optie grote veranderingen meebrengt voor het reisverzekeringsbedrijf.
3) De reisverzekeraar besluit om medische zorg niet meer aan te bieden in de reisverzekering en laat dit over aan de aanvullende ziektekostenverzekering.

Op welke optie reisverzekeraars zich zullen toeleggen en wat dit betekent voor de premies is niet bekend. Dit is aan de individuele reisverzekeraars en kan ook per verzekeraar verschillen. In algemene zin kan worden vermeld dat een opwaarts effect op de premie kan wordt verwacht (zie ook paragraaf 2.15).
Zoals vermeld in paragraaf 2.12 voorziet het wetsvoorstel niet in de introductie van een acceptatieplicht voor de aanvullende verzekering of reisverzekering. Voor de reisverzekeringsbranche betekent dit dat risicoselectie of premiedifferentiatie een rol kan spelen. De regering gaat ervan uit dat de verzekeringsbranche adequate verzekeringen in de markt zal zetten.

7.3. Toegankelijkheid vervangende verzekeringen

De leden van de VVD-, SP en CDA-fracties stellen vragen over de toegankelijkheid van vervangende verzekeringen. Hier is ook op ingegaan in het hoofdstuk «Beperken dekking Zvw tot Europa» (paragraaf 2.12) naar aanleiding van vragen van de leden van de fracties van de PvdA, de PVV, D66, de ChristenUnie en het CDA. De leden van de VVD-fractie vragen wat het in de praktijk betekent dat bestaande aandoeningen van vergoeding kunnen worden uitgesloten of dat de premie gedifferentieerd kan worden, terwijl het wettelijk niet toegestaan is direct onderscheid te maken op grond van handicap of chronische ziekte. Hebben verzekeraars een acceptatieplicht of kan een uitzondering worden gemaakt via een indirect onderscheid, vragen deze leden. De leden van de VVD- en CDA-fracties vragen voorts hoe de regering kan garanderen dat mensen altijd toegang hebben tot grensoverschrijdende zorg en op welke manier de premiekosten voor deze groep in de hand kan worden gehouden. De leden van de CDA-fractie vragen voorts waarom de regering het maken van onderscheid niet bij voorbaat wettelijk heeft uitgesloten. Deze leden willen weten of het wenselijk is het College voor de rechten van de mens om advies te vragen. De leden van de SP-fractie vragen of mensen met een handicap of een chronische ziekte via de rechter hun gelijk moeten halen wanneer zij benadeeld worden, of er nog andere mogelijkheden zijn onderzocht en of een acceptatieplicht niet beter is om de mogelijkheid van risicoselectie uit te sluiten. De leden van de SP-fractie vragen ten slotte of er een coulanceregeling komt voor mensen die niet konden weten of zij wel of niet verzekerd zijn voor grensoverschrijdende zorg.

Het wetsvoorstel garandeert geen toegang tot grensoverschrijdende zorg, maar beperkt de dekking van de zorgverzekering -op een drietal uitzonderingen na- tot Europa. Onder verwijzing naar paragraaf 2.12 merkt de regering op dat het wetsvoorstel geen acceptatieplicht kent. Een accepta-

tieplicht verdraagt zich niet met de Europese schaderichtlijn Solvabiliteit II. Dit betekent in de praktijk dat verzekeraars acceptatieprocedures, waarbij risicodifferentiatie een rol speelt, kunnen inrichten. Dit wetsvoorstel voorziet evenmin in een coulanceregeling. Verzekerden die zich buiten Europa begeven zijn zelf verantwoordelijk voor de keuze om de vervallen dekking te vervangen of op andere wijze te financieren. De regering onderkent wel het belang van een goede voorlichting, zodat mensen goed verzekerd op reis gaan en niet voor verrassingen komen te staan. In paragraaf 2.17 staan de voorgenomen voorlichtingsactiviteiten van de regering beschreven.
Dat de zorgkosten buiten Europa niet meer collectief worden betaald, impliceert dat betrokkenen met hogere kosten voor premies voor vervangende verzekeringsproducten geconfronteerd kunnen worden. Zoals ook vermeld in paragraaf 2.12 zullen verzekeraars dekking bieden op basis van een risico-inschatting. In de praktijk betekent dit dat verzekeraars acceptatieprocedures kunnen inrichten, waarbij risicoselectie of premiedifferentiatie een rol speelt. Het is aan verzekeraars om passende en betaalbare verzekeringsproducten te ontwikkelen en aan te bieden. Bij het aanbieden van dergelijke verzekeringsproducten is het verzekeraars niet toegestaan direct onderscheid op grond van handicap of chronische ziekte te maken. Het maken van indirect onderscheid is slechts toegestaan binnen de door de Wgbh/cz getrokken grenzen[16]. Dit wordt al wettelijk vastgelegd met de wijziging van de Wgbh/cz[17] die thans aanhangig is in de Eerste Kamer. De regering ziet geen aanleiding maatregelen te treffen in aanvulling op de wijziging van de Wgbh/cz.
Iemand die zich gediscrimineerd voelt kan een klacht indienen bij het College voor de rechten van de mens (CRM) en het CRM om een oordeel vragen. Dit oordeel is niet bindend. Toegang tot het CRM is laagdrempelig. Betrokkene kan zich ook wenden tot de burgerlijke rechter. De regering vindt het niet wenselijk om het CRM nu al om advies te vragen. Bij het ontwikkelen van vervangende verzekeringsproducten zullen verzekeraars bezien in hoeverre vanuit bedrijfseconomische overwegingen risicodifferentiatie nodig is, of indirect onderscheid moet worden gemaakt en of dat in die gevallen te rechtvaardigen is. De regering acht het niet opportuun hierop vooruit te lopen.

7.4. Overzichtelijkheid aanbod vervangende verzekeringen

De leden van de SP-fractie vragen hoe de regering gaat voorkomen dat er een wildgroei van aanvullende (reis-)verzekeringen ontstaat, zodat het voor verzekerden niet meer te volgen is?

De regering herkent het beeld van de wildgroei aan verzekeringen niet. Als gevolg van het wetsvoorstel zal er een nieuwe situatie op de verzekeringsmarkt ontstaan waarin nieuwe verzekeringsproducten zullen worden aangeboden. Indien er een grote keuze uit vervangende verzekeringen zal zijn, vergt dat weliswaar meer aandacht van de betrokkene om het best passende product te kiezen, maar daar staat tegenover dat een pluriform aanbod ook meer mogelijkheden geeft om het beter passende product te kiezen.

7.5. Premieaspecten vervangende verzekeringen

De leden van de CDA-fractie vragen waarom geen indicatie kan worden gegeven van het (extra) premiebedrag. Deze leden vragen tevens naar het neerwaartse effect op de rekenpremie en of het effect op de premies van

---

[16] Artikel 3, tweede lid, van de Wgbh/cz.
[17] Kamerstukken 33 990.

de vervangende verzekeringen groter zal zijn dan het neerwaartse effect op de rekenpremie.

Het wetsvoorstel levert naar verwachting een besparing van € 60 miljoen op. Hierdoor is er € 30 miljoen minder inkomensafhankelijke bijdrage nodig en € 30 miljoen minder nominale opbrengst. De nominale premie zal hierdoor circa € 2 per jaar lager uitvallen (zie ook paragraaf 2.19). Dit slaat volledig neer in de rekenpremie. Het opwaartse effect op de premies van de vervangende verzekeringen zal naar verwachting hoger uitvallen dan het neerwaartse effect op de rekenpremie, omdat de kosten daar worden omgeslagen over een kleinere groep dan in de zorgverzekering. Daarnaast zijn de solvabiliteitseisen bij deze verzekeringen hoger. Het precieze effect op de vervangende premies valt moeilijk te bepalen. Verzekeraars bepalen zelf de hoogte van de premies. Zoals vermeld in paragraaf 2.15 is de hoogte van de premie van de vervangende verzekeringen van verschillende factoren afhankelijk. De regering heeft daar geen zicht op.

7.6. Uitvoeringstoetsen

De leden van de CDA-fractie vragen of het Zorginstituut, de SVB en (inmiddels) het UWV een uitvoeringstoets hebben uitgebracht en of deze aan de Tweede Kamer kunnen worden toegestuurd. Zij vragen of het UWV al heeft laten weten of de regeling kan worden uitgevoerd en hoeveel de uitvoeringskosten bedragen.

Zowel het Zorginstituut (destijds CVZ) als de SVB hebben een uitvoeringstoets uitgebracht. Beide uitvoeringstoetsen worden met deze nnavv naar uw Kamer verzonden. Het UVW heeft eveneens een uitvoeringstoets uitgebracht op het wetsvoorstel, maar heeft daarbij aangegeven het concept van de aanpassing van de Regeling zorgverzekering te willen kennen alvorens een definitief oordeel te kunnen geven. Het UWV zal in de gelegenheid worden gesteld een uitvoeringstoets uit te brengen op de wijziging van de Regeling zorgverzekering. Daarin zal ook aandacht worden besteed aan de uitvoeringskosten.

8. Voorlichting, informatieverstrekking en het NCP

8.1. Voorlichting aan verzekerden

De leden van de PvdA-fractie vragen wat de voornemens zijn met betrekking tot de voorlichting aan verzekerden en of het Zorginstituut en zorgverzekeraars voldoende tijd hebben om voorlichting te ontwikkelen. Voorts vragen deze leden wat de regering als het grootste risico ziet voor verzekerden ten aanzien van de voorlichting en hoe maximaal wordt ingezet om deze risico's te voorkomen.

Verzekerden die zich buiten Europa begeven zijn zelf verantwoordelijk voor de keuze om de vervallen dekking te vervangen of op andere wijze te financieren. Het risico bestaat dat mensen uit onbekendheid met de nieuwe regels of vanwege hogere premies onverzekerd op vakantie gaan. De regering wil dit risico zoveel mogelijk ondervangen door goed voor te lichten. De voorlichting over de beperking van de werelddekking wordt voor een belangrijk deel meegenomen in de reguliere voorlichting over de wijzigingen in het basispakket van de Zvw. Voor een toelichting op deze voorlichtingsactiviteiten wordt naar paragraaf 2.17 verwezen. Speciaal aandachtspunt daarbij is om de consument goed voor te lichten over welk gebied tot Europa wordt gerekend in het kader van dit wetsvoorstel. Zoals aangegeven in paragraaf 1.2 houdt de regering rekening met het verzoek van zorgverzekeraars om minimaal een half jaar in acht te nemen tussen

de aanvaarding door de Eerste Kamer en de inwerkingtreding van het wetsvoorstel met het oog op de noodzakelijke voorbereidingen, waaronder voorlichting. Ook het Zorginstituut heeft voldoende tijd om voorlichting te ontwikkelen over de wijziging van de methodiek van de inhouding van verdragsbijdragen van verdragsgerechtigden.

8.2. Aanpassing van verdragen

De leden van de CDA-fractie vragen hoe lang het gaat duren voordat de verdragen met de diverse landen aangepast dan wel opgezegd zijn.

Aanpassing van verdragen vergt doorgaans een aantal jaren. Voor een nadere toelichting hierop verwijst de regering kortheidshalve naar paragraaf 2.6.

9. Financiële paragraaf

9.1. De onderbouwing van de beoogde besparing

De leden van de PvdA-, CDA-, SP- en de VVD-fracties vragen naar de onderbouwing van de geraamde € 60 miljoen per jaar. De leden van de PvdA-fractie vragen voorts hoe realistisch de geraamde besparing is. Zij vragen de regering om te reageren op het bericht van de Nierpatiënten Vereniging Nederland (NVN) dat behandelingen buiten Europa vaak goedkoper zijn en dat patiënten er door de wetswijziging vanaf zullen zien om naar het buitenland te reizen. Van besparingen zal daarom geen sprake zijn. Ook de leden van de CDA-fractie vragen de regering te onderbouwen dat er besparingen te behalen zijn in het geval van zorg aan chronisch zieken. De leden van de SP-fractie vragen op basis van welke door zorgverzekeraars aangeleverde gegevens de schatting is gemaakt, hoe compleet die gegevens waren en uit welk jaar zij zijn. Voorts vragen zij welke gegevens er ontbraken die wel nodig zijn om een preciezere inschatting te kunnen maken en waarom die gegevens niet alsnog zijn verzameld. Deze leden vragen waarom het wetsvoorstel gerechtvaardigd is.

Zoals vermeld in paragraaf 1.3 past de geografische beperking van de dekking van de Zvw bij een stringent pakketbeheer en de noodzaak de kostenontwikkeling van de zorg beter in de hand te houden. Deze afbakening van wat ten laste van de gemeenschap komt, geeft ook een nadere invulling aan het solidariteitsbeginsel. Gelet op de interne markt strekt de zorgverzekering zich uit tot het grondgebied van Europa. Tevens is dit wetsvoorstel in lijn met enkele andere beperkingen in de sociale zekerheid (stoppen export kinderbijslag en woonlandbeginsel in diverse sociale zekerheidsuitkeringen).
De maatregel levert een besparing op van circa € 60 miljoen per jaar. De boogde besparing is een globale schatting omdat, zoals ook weergegeven in paragraaf 2.11, er geen gedetailleerde informatie van alle zorgverzekeraars over grensoverschrijdende zorg beschikbaar is. Om een betere inschatting te kunnen maken van de met de beperking van de wereld-dekking gepaard gaande besparingen zijn van zorgverzekeraars gegevens inzake zorggebruik door hun verzekerden *per land* noodzakelijk. Voor de uitvoering van hun taken is het voor zorgverzekeraars nooit nodig geweest om deze informatie te registreren. Immers, op grond van de huidige Zvw bestaat recht op vergoeding van zorg tot maximaal het Nederlandse tarief, ongeacht het land waar deze zorg is ingeroepen. Bovendien zijn aan het bijhouden van dergelijke gegevens kosten verbonden. Recent is aan ZN en Zorginstituut gevraagd of deze gegevens nu wel worden geregistreerd. Dit is niet het geval. De geraamde besparing is derhalve noodzakelijkerwijs mede gebaseerd op macrogegevens (totale

zorgverbruik in het buitenland ten laste van zorgverzekering) en schattingen van enkele zorgverzekeraars (percentage van buiten Europa ontvangen zorggebruik ten opzichte van het totale grensoverschrijdende zorggebruik). De jaarlijkse fluctuaties in de kosten van grensoverschrijdende zorg ten laste van zorgverzekeringen bemoeilijken eveneens de analyse van de gegevens over grensoverschrijdende zorg.
Dit leidt tot de volgende schatting: de kosten van de grensoverschrijdende zorg lagen over de periode 2009–2014 rond de € 400 miljoen per jaar. Op basis van gegevens van twee zorgverzekeraars vindt naar schatting circa 15% van de grensoverschrijdende zorg buiten Europa plaats. De uitkomst hiervan is een geschatte besparing van circa € 60 miljoen.
Het besparingsbedrag van € 60 miljoen is, zoals vermeld, een schatting. Of dit bedrag volledig zal worden gerealiseerd is moeilijk te voorspellen. In de paragrafen 2.7, 2.10 en 2.11 is er reeds op gewezen dat diverse factoren van invloed kunnen zijn op het realiseren van de besparing. Op het aspect van de zorgkosten buiten Europa is de regering ingegaan in paragraaf 2.13. Er is geen overzicht van kosten van behandelingen voor chronisch zieken buiten Nederland. Het kostenniveau in het buitenland is divers en moeilijk te meten.

9.2. Uitvoeringskosten

De leden van de CDA-fractie vragen hoe groot de uitvoeringskosten worden voor ZN en of de NZa al heeft aangegeven hoe groot de uitvoeringskosten worden en op welke wijze dit in het werkplan wordt uitgewerkt.

De beperking van de dekking van de zorgverzekering tot Europa betreft de uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben hier geen gegevens over aangeleverd. In algemene zin hebben zorgverzekeraars wel aangegeven dat de uitvoering duurder en gecompliceerder wordt naarmate het wetsvoorstel meer uitzonderingen bevat.
Ten aanzien van de uitvoering van de toezichtstaken die in dit wetsvoorstel worden geregeld heeft de NZa aangegeven dat het toezicht op de uitvoeringsorganen kan samengaan met het jaarlijkse toezicht op de zorgverzekeraars. Omdat het hier gaat om een nieuwe taak zal de NZa, zodra er meer duidelijkheid is over het wetsvoorstel, met het Ministerie van VWS de personele gevolgen bespreken.

10. Gevolgen voor regeldruk en overige bedrijfseffecten

De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre de kans op uitvoeringsproblemen, fouten en fraude, en het risico op procedures opweegt tegen stringent pakketbeheer en het in de hand houden van de zorgkostenontwikkeling. Wat is de kans dat de voorgenomen besparing van € 60 miljoen hierdoor niet wordt gehaald, vragen deze leden.

Het besparingsbedrag van € 60 miljoen is, zoals vermeld in paragraaf 2.11, een globale schatting. Of dit bedrag volledig zal worden gerealiseerd is moeilijk te voorspellen. In hoeverre extra kosten rond de uitvoering daarbij een rol zullen spelen, valt niet te zeggen. De regering wil eventuele uitvoeringsproblemen beperken door bij nota van wijziging een delegatiegrondslag op te nemen voor het stellen van nadere regels bij ministeriële regeling, voor zover het de afbakening van de uitzonderingsgroepen betreft (zie paragraaf 2.1). De regering wijst erop dat er nog steeds sprake is van een substantiële besparing, ook als de € 60 miljoen niet volledig wordt behaald. De regering hecht veel waarde aan een stringent beheer van het verzekerde pakket. Daarmee wordt de betaalbaarheid van de gezondheidszorg voor alle burgers gewaarborgd. Zorgkosten die worden gemaakt tijdens een vakantie buiten Europa kunnen ook worden gedekt

door het afsluiten van een aanvullende ziektekostenverzekering of reisverzekering.

ARTIKELSGEWIJS

Artikel I

Onderdeel A

De leden van de CDA-fractie vragen of het voor het inroepen van de zorgplicht gerelateerde uitzondering uitmaakt of een verzekerde wel of niet zorgbemiddeling bij de verzekeraar heeft gevraagd voordat de verzekerde zelf de keuze maakt om naar het buitenland te gaan. Zij willen weten of er dan een verplichting ligt voor de verzekerde om eerst te kijken of er zorg is Europa.

Bij de onderhavige uitzondering gaat het erom of de zorg of andere dienst de verzekerde binnen een redelijke termijn kan worden aangeboden binnen Europa. Dit laatste betekent dat zorg of overige diensten buiten Europa op grond van de uitzondering in artikel 11, zesde lid, onder b, sub 3, Zvw eerst onder de dekking van de zorgverzekering valt indien deze zorg of diensten niet binnen een redelijke termijn in Europa kan worden verleend. Normaal gesproken zal de verzekerde tijdig gebruik kunnen maken van goed bereikbare zorg. Mocht dat in uitzonderingssituaties niet het geval zijn, dan kan de verzekerde zijn zorgverzekeraar uit hoofde van de zorgplicht of bemiddelingstaak inschakelen om daarin te voorzien. Daarbij zal de oriëntatie gericht zijn op Europa, maar er kan aanleiding zijn om in het concrete geval uit te wijken naar een land buiten Europa.

Onderdeel C

De leden van de CDA-fractie vragen of het «kleine» bedrag dat ingevolge artikel 69 van de Zvw buiten de broninhouding kan worden gehouden, gelijk is aan de beslagvrije voet en, zo nee, waarom niet.

De SVB wil een betaalrelatie met de klant kunnen behouden. Hiertoe is de juridische mogelijkheid gecreëerd om, in gevallen waarbij de SVB dat opportuun acht, de SVB een betaalrelatie met een klant te laten behouden als de verdragsbijdrage hoger of gelijk is aan het uit te betalen AOW of Anw-bedrag. Daarbij wordt gedacht aan een vast bedrag van maximaal € 25. Dit heeft geen relatie met de beslagvrije voet. De beslagvrije voet is het deel van het inkomen van iemand met schulden waar schuldeisers geen beslag op mogen leggen omdat dit nodig is om van te leven. Het bovengenoemde bedrag is daarom niet aan de beslagvrije voet gekoppeld.

Onderdeel D

De leden van de CDA-fractie vragen waarom het Zorginstituut niet de bevoegdheid krijgt om voor zorgverzekeraars, de Wlz-uitvoerders, het orgaan van de woonplaats en het orgaan van de verblijfplaats dwingender regels op te stellen dan alleen niet-bindende richtlijnen bedoeld in artikel 69a Zvw.

Als verbindingsorgaan beschikt het Zorginstituut onder de overige uitvoerders van internationale verdragen al over een zeker gezag. Uitgangspunt is dat een partij zich conformeert aan de door het verbindingsorgaan uitgevaardigde richtlijn. Als dat niet gebeurt, dan zal de betreffende partij dit moeten motiveren. Het is in de praktijk niet nodig om het Zorginstituut de bevoegdheid te geven meer bindende regels vast te

stellen. Overigens ligt het in de rede dat voor het benodigde draagvlak de totstandkoming van een richtlijn zal plaatsvinden in goed overleg met de betrokken uitvoerders.

Onderdeel E

De leden van de CDA-fractie vragen wie er toezicht op houdt dat het orgaan van de woonplaats de haar in artikel 123, zesde lid, sub b toebedeelde taak op de juiste wijze uitvoert.

Met artikel II, onderdeel C, van dit wetsvoorstel wordt het toezicht op de uitvoering van artikel 123 Zvw door het orgaan van de woonplaats opgedragen aan de NZa.

Artikel II

Onderdeel D

De leden van de CDA-fractie vragen waarom de regering er in artikel 31b voor heeft gekozen dat de NZa alleen onderzoek kan instellen bij het orgaan van de woonplaats of het orgaan van de verblijfplaats op verzoek van de regering. Waarom is er niet voor gekozen dat de NZa dit eigenstandig kan doen?

Op grond van het voorgestelde artikel 16, onderdeel k, Wmg, heeft de NZa tot taak toezicht te houden op de uitvoeringsorganen. Dat geeft de NZa onder meer een zelfstandige bevoegdheid toe om onderzoek uit te voeren. Op basis van het voorgestelde artikel 31b Wmg verricht de NZa tevens onderzoek op verzoek van de Minister of het Zorginstituut.

Artikel IV

De leden van de CDA-fractie vragen of na de beperking van de werelddekking nog steeds vijf jaar na dato rekeningen kunnen worden ingediend van zorg die verleend is voor het vervallen van de werelddekking.

Het wetsvoorstel verandert niets aan de termijn voor het declareren van zorg. Overigens bedraagt de wettelijke termijn drie jaar. Daarvan kan niet ten nadele van de verzekeringnemer worden afgeweken[18].

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

[18] Artikelen 7:942 en 7:943 Burgerlijk Wetboek.